



ORIGINAL

La salud de los médicos de familia: ¿practicamos lo que predicamos?

Antonio L. Aguilar Shea*, Mar Vera García, Alejandra Outomuro Cadavid, Roberto Cabrera Vélez, Montserrat Martín Díaz y Teresa Bernardo Fernández

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Espronceda. Área 7 de Madrid, Madrid, España

Recibido el 13 de abril de 2010; aceptado el 19 de mayo de 2010

Disponble en Internet el 15 de enero de 2011

PALABRAS CLAVE

Médicos;
Salud;
Estilo de vida;
Atención Primaria;
Medicina de familia

Resumen

Objetivos: Describir los estilos de vida de los médicos de Atención Primaria, detallar su adherencia a pruebas de cribado de cáncer y describir aspectos básicos de su salud laboral, mental y sexual.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud, Área 7.

Participantes: Médicos de familia.

Método: Estudio realizado mediante encuesta anónima y autorreferida que fue enviada a través del correo interno institucional. El cuestionario fue elaborado siguiendo en las recomendaciones de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular, el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud y el documento de actividad física y salud de la Organización Mundial de la Salud. La escala de Hamilton se utilizó para medir la ansiedad.

Resultados: Participaron 114 médicos de familia en los que la media de años ejercidos fue de 18,29 años (DE: 8,2). La adherencia al cribado de enfermedad cardiovascular fue del 70%. La adherencia al cribado de cáncer cérvix, de mama y colorrectal fue del 73, 86 y 24% respectivamente. El calendario vacunal estuvo actualizado en el 51,8%. El 81,6% respondió tener pareja sexual estable y el 75,2% está satisfecho con sus relaciones sexuales. El método de barrera lo utiliza siempre el 21,1%. La escala de Hamilton fue patológica en el 74,3% de los participantes, aunque el 90,4% refiere sentirse bien o muy bien.

Conclusiones: La adherencia al cribado cardiovascular y de cáncer femenino es adecuado, pero deficiente en el cáncer colorrectal. La vacunación entre los participantes se realiza de forma deficiente.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonioaguilar Shea@gmail.com (A.L. Aguilar Shea).

KEYWORDS

Doctors;
Health;
Life style;
Primary Health Care;
Family medicine

Health of family physicians: do we practice what we preach?**Abstract**

Aims: To describe the lifestyle of primary care physicians, their adherence to cancer screening tests and to describe basic aspects of occupational, mental and sexual health.

Design: Cross-sectional study.

Setting: Primary Care. Health Area 7, Madrid.

Participants: Family Physicians.

Methods: An anonymous survey sent through the internal mail was completed by the participants. The questionnaire was based on the Cardiovascular Disease Prevention European Guidelines, Health Prevention and Promotion Activities Program (*Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud*) and the World Health Organisation document on physical activity and health. The Hamilton Anxiety Scale was used to measure anxiety.

Results: A total of 114 primary care physicians participated in the study. The average years of medical practice was 18.29 years (SD: 8.2). Adherence to cardiovascular screening was 70%. Adherence to cervix, breast and colorectal cancer screening was of 73%, 86% and 24%, respectively. Vaccination records were up to date in 51.8% of the participants. A total of 81.6% had a stable sexual partner and 75.2% were satisfied with their sexual relationships. The condom was always used by just 21.1% of the participants. Hamilton's anxiety scale was abnormal in 74.3% of the physicians, but 90.4% reported to feel good or very good.

Conclusions: Adherence to cardiovascular and female cancer screening is adequate, but insufficient in colorectal cancer. Vaccination among the participants was adequate.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En medicina trabajamos con la salud; la definimos, la promovemos y la cuidamos, aplicándola siempre sobre un tercero: el paciente.

Suena paradójico, "la salud del médico", promocionamos salud pero... ¿somos los médicos tan disciplinados con nuestra propia salud? ¿seguimos nuestros propios consejos? ¿somos nuestros primeros pacientes?¹

En la literatura científica hemos encontrado pocos estudios que analicen la salud de los médicos. La mayoría de los trabajos sobre la salud de los profesionales sanitarios analizan su salud mental. Pocos abordan el tema de la salud física, los factores de riesgo cardiovascular o los hábitos saludables y estilos de vida. Sin embargo, son las enfermedades orgánicas y no las mentales la primera causa de mortalidad entre los médicos².

Kay et al en un estudio sobre los médicos húngaros llegaron a la conclusión de que los médicos damos consejos a nuestros pacientes sobre medidas higiénico-dietéticas pero no siempre las aplicamos sobre nosotros mismos³. El estilo de vida cardiosaludable varía entre unas especialidades médicas y otras, siendo los médicos de Atención Primaria los que más lo cumplen^{4,5}. Entre las razones que justifican esta afirmación destacan: el grado de satisfacción con el cual desempeñan su labor asistencial diaria, las horas libres dedicadas al ocio y el tiempo reservado a la vida familiar^{6,7}.

Landon et al afirman que nuestros saberes y habilidades científicas dependen muchas veces del sistema de salud para el que trabajamos. La percepción que tenemos del mismo nos lleva a elegir, a la hora de diagnosticar y prescribir, por lo que tiene un efecto directo sobre el paciente y, en consecuencia, sobre nuestra propia percepción como

profesionales. Esto puede llegar a afectar a nuestra integridad técnica y física, como efecto colateral de la disconformidad con determinadas actuaciones que desarrollamos, en ocasiones, durante nuestra práctica sanitaria⁸.

Los objetivos del estudio son describir los estilos de vida de los médicos de Atención Primaria, detallar su adherencia a las pruebas de cribado de cáncer y conocer aspectos básicos de su salud laboral, mental y sexual.

Material y método

Estudio descriptivo transversal, observacional, realizado mediante encuesta dirigida a todos los médicos de Atención Primaria pertenecientes al Área 7 del Servicio Madrileño de Salud.

La población de estudio la constituyen todos los médicos de familia (n = 300). Los criterios de exclusión son ser médico residente o pediatra. Se recogieron los datos a través de una encuesta anónima y autorreferida que fue enviada a través del correo interno del Área 7. El cuestionario fue elaborado por los propios autores basándose en las recomendaciones de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular⁹, en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)¹⁰ y en el documento de actividad física y salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹.

Se recogieron otras variables como la edad, el sexo, el estado civil, los hijos, años ejercidos en Atención Primaria, la talla, el peso, el índice de masa corporal, los antecedentes personales de tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y dislipemia. Se recogieron también los antecedentes de enfermedad cardiovascular.

Los datos analíticos se recogieron de manera autorreferida, preguntado sobre valores del último año. Se recogieron

Tabla 1 Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud

Programa	Recomendación
Hipercolesterolemia	Determinación de colesterol total en: <ul style="list-style-type: none"> • Varones de 35 a 75 años y mujeres de 45 a 75 años de cada 5 o 6 años • Varones menores de 35 años y mujeres menores de 45 años en al menos una ocasión
Diabetes	El cribado de la diabetes con la determinación de la glucemia basal estaría indicado en las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se realiza el cribado de la hipercolesterolemia: a partir de los 45 años de edad • Anualmente en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> o Presencia de otros factores de riesgo: obesidad, dislipidemia o hipertensión arterial o Diagnóstico previo de intolerancia a la glucosa o glucemia basal alterada o Antecedentes personales de diabetes gestacional o antecedentes obstétricos asociados o Antecedentes de diabetes en familiares de primer grado
Hipertensión arterial	Determinación de tensión arterial: <ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 40 años: cada 2 años • 40 años o menores: cada 4 o 5 años
Cáncer CCR	Se recomienda el cribado de CCR en las personas de riesgo medio a partir de los 50 años, con alguna de las siguientes estrategias: SOH con periodicidad anual o bienal y/o sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 10 años
Cáncer cérvix (citología)	Se recomienda efectuar la citología de Papanicolaou en las mujeres de 25-65 años Al principio, dos citologías con una periodicidad anual y después cada 3-5 años
Cáncer mama (mamografía)	Se recomienda realizar el cribado con mamografía cada dos años en las mujeres mayores de 50 años
Cáncer próstata (PSA)	<ul style="list-style-type: none"> • No hay pruebas científicas suficientes para recomendar el cribado sistemático del cáncer de próstata en las personas asintomáticas • Los pacientes que soliciten ser cribados deben ser informados correctamente acerca de los beneficios y los riesgos del cribado y el tratamiento

CCR: cáncer colorrectal; IMC: índice de masa corporal; PSA: antígeno prostático específico.

las cifras de colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, trigliceridemia y glucemia basal. Se preguntó sobre su riesgo cardiovascular de acuerdo al SCORE Europeo para poblaciones del sur de Europa¹².

Se preguntó sobre el cribado cardiovascular basado en el PAPPs de obesidad, dislipemia, DM e HTA¹⁰ (tabla 1).

Se recogieron los hábitos de ejercicio físico, alimentación y de sueño basados en las recomendaciones de la OMS¹¹.

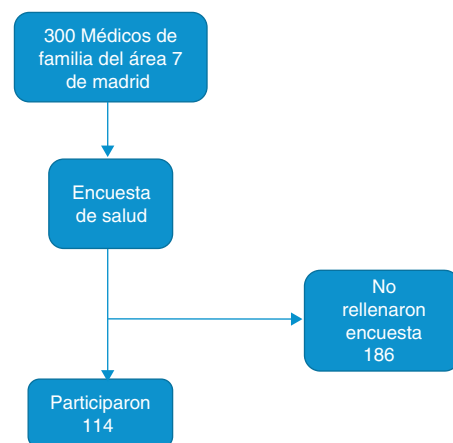
Se preguntó sobre la adherencia a las pruebas de prevención de cáncer: a las mujeres sobre la realización de citologías y mamografías, a los hombres sobre la determinación del antígeno prostático específico (PSA) y a ambos sobre la detección precoz del cáncer colorrectal, todas ellas de acuerdo con las recomendaciones del PAPPs a excepción del PSA (tabla 1).

Se preguntaron aspectos de sexualidad y salud laboral. Sobre la salud mental se incluyó la Escala de Ansiedad de Hamilton con el fin de realizar un cribado sobre la carga de ansiedad; una puntuación mayor o igual a 6 indica la posible existencia de un trastorno ansiedad¹³. Se preguntó sobre el tipo de asistencia sanitaria que recibían con las opciones no excluyentes de pública, privada y "recomendado", entendiendo por "recomendado" la consulta a otro profesional de forma no reglada. Finalmente se preguntó sobre la autopercepción de su salud.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo. En el caso de las variables cuantitativas, los datos se muestran como

media \pm desviación estándar (DE), tras confirmar que se ajustan a una distribución normal. Las variables categóricas se muestran como número absoluto y porcentaje, como estimación puntual e intervalo de confianza al 95%. Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 16.0.



Esquema general de estudio. Estudio transversal mediante encuesta de salud a médicos de familia.

Resultados

Respondieron un total de 114 médicos de familia, que constituye un 38% de respuesta. Participaron más mujeres (65,2%)

Tabla 2 Características generales de la población de estudio (n = 114)

Variables	Media (DE)
Edad (años)	47 (± 8)
Talla (cm)	166 (± 9)
Peso (kg)	68 (± 12)
IMC (kg/m ²)	24 (±3)
TAS	118 (± 11)
TAD	71 (± 8)
Colesterol (mg/dl)	200 (± 33)
HDL (mg/dl)	59 (± 12)
LDL (mg/dl)	119 (±27)
TG (mg/dl)	105 (± 36)
Gluc. basal (mg/dl)	86 (± 10)
Variables	N (%)
Sexo	Varones 39 (34,8%) Mujeres 73 (65,2%)
Diabéticos	2 (1,8%)
Tabaquismo	24 (21,2%)
Ex-fumador	31 (27,4%)
HTA	14 (12,4%)
Dislipemia	13 (11,5%)
CI	0 (0%)
ACVA	1 (0,9%)
EAP	1 (0,9%)
Cáncer	1 (0,9%)

ACVA: accidente cerebro vascular agudo; CI: cardiopatía isquémica; EAP: enfermedad arterial periférica; Gluc. basal: glucemia basal; HDL: lipoproteínas de alta densidad; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; LDL: lipoproteínas de baja densidad; TAD: tensión arterial diastólica; TAS: tensión arterial sistólica; TG: triglicéridos.

que hombres (34,8%). El 76,4% estaba casado o tenía pareja y el 60% tenían hijos. La media de años ejercidos en Atención Primaria fue de 18,29 años (DE: 8,2).

Salud cardiovascular

La encuesta de salud reveló las características que se exponen en la [tabla 2](#). Hubo 38 (33,3%) individuos con un colesterol por encima de 200 mg/dl, en 17 (15%) de los participantes los valores de los triglicéridos fueron superiores a 150 mg/dl y en 10 (8,8%) se objetivó una glucemia basal alterada. El 97% de los individuos presentó valores adecuados de tensión arterial.

El grupo de riesgo cardiovascular más frecuentemente encontrado fue el grupo de riesgo bajo con 68 (59,6%) individuos. 33 (28,9%) de los participantes no supieron su riesgo cardiovascular y en 9 de las encuestas no hubo respuesta.

La adherencia a la pruebas de cribado de enfermedad cardiovascular de acuerdo con el PAPPs viene reflejada en la [tabla 3](#).

Estilos de vida

El 36,8% de los médicos realizaban ejercicio más de 5 días a la semana. La media de horas de sueño fue 6,8 DE (0,9).

El 24,6% tenía como hábito echarse la siesta y un alto porcentaje (75,4%) reconoció dormir bien.

En cuanto a la alimentación, 65 (57,5%) hacían 3 o menos comidas al día, 45 (39,8%) hacían 4 o 5 y únicamente 3 (2,7%) hacían más de 5. La distribución de la ingesta de agua fue la siguiente: 20 (17,5%) bebían menos de 1 litro al día, 51 (44,7%) bebían entre 1 y 1,5 litros al día y 43 (37,7%) bebían más de 1,5 litros al día. El consumo de frutas y verduras a diario se realiza por aproximadamente el 80% de los encuestados y de aceite de oliva por casi la totalidad de los médicos participantes (94%). El consumo de grasas saturadas y azúcar ó refrescos azucarados a diario se realiza por el 25 y 12% respectivamente.

Cribado de cáncer

Los resultados del cribado de cáncer vienen reflejados en la [tabla 4](#). Hubo una encuesta que no fue cumplimentada.

Salud sexual

El 81,6% respondió tener pareja sexual estable. La distribución de las parejas sexuales en el último año fue la siguiente 10 (8,8%) no tenían ninguna, 94 (82,5%) tenían 1, 2 (1,8%) tenían de 2 a 5 y 3 (2,6%) tenían más de 5. 5 participantes no respondieron a la pregunta. El 75,2% calificó sus relaciones sexuales de buenas o muy buenas.

El uso del preservativo se realiza "siempre" por 24 (21,1%) participantes, "a veces" por 13 (11,4%) y "nunca" por 55 (48,2%). Veintidós (19,2%) participantes no respondieron a la pregunta.

Los métodos anticonceptivos quirúrgicos son empleados por 21 (18,4%) participantes en ambos sexos. La anticoncepción hormonal es utilizada por 8 (7%) participantes.

Salud laboral

Ochenta y nueve (78,1%) participantes utiliza siempre guantes y 80 (70,2%) se lavan siempre las manos durante la consulta.

La cartilla vacunal estuvo actualizada en 59 (51,8%) individuos y únicamente 41 (36%) se vacunaron de la gripe estacional los últimos 5 años.

El sistema de asistencia sanitaria al que estaban afiliados es público en la mayoría de los participantes 113 (99%) pero, 14 (12,3%) lo combina con el privado y 28 (24,6%) con el "recomendado".

Salud mental

La escala de Hamilton fue patológica en el 74,3% de los participantes. Hubo un participante que no rellenó la encuesta. Finalmente, el 90,4% refiere sentirse bien o muy bien.

Discusión

A través de este estudio hemos querido evaluar el autocuidado referente a temas de salud en una población de profesionales médicos. La disciplina de los médicos de Atención Primaria que hemos analizado respecto a su propia salud

Tabla 3 Distribución de profesionales que se adhieren a actividades de cribado cardiovascular según el PAPPs (n = 114)

Actividad	No procede N (%) IC 95%	Procede N (%) IC 95%
Cribado de Dislipemia	8 (7%) 1,8-12,1	106 (93%) 87,9-98
	Realizado 79 (74%) 65,7-83,3	No realizado 27 (6%) 16,7-34,2
Cribado de diabetes	19 (16,7%) 9,4-23,9	95 (83,3%) 76,1-90,6
	Realizado 65 (68%) 58,5-78,3	No realizado 30 (32%) 21,7-41,5
Cribado de hipertensión arterial	7 (6,2%) 1,3-10,9	107 (93,8%) 89-98,7
	Realizado 81 (76%) 67,1-84,3	No realizado 26 (24%) 15,7-32,9

La tabla se divide en 2 columnas principales según la indicación no del cribaje. En la columna en la que sí está indicada el cribaje, se muestra si esta fue realizada o no por los participantes.

IC: intervalo de confianza; n: muestra; PAPPs: programa de actividades preventivas y de promoción de la salud.

es adecuada si hablamos de salud cardiovascular y salud laboral.

Al analizar la adherencia al cribado de enfermedad cardiovascular de acuerdo con el PAPPs encontramos un seguimiento global en torno al 70%, lo cual implica una alta tasa de seguimiento entre los individuos a los que se dirige esta actividad preventiva. Este seguimiento es inferior al encontrado por Kay MP et al², donde la adherencia estuvo en torno al 90%.

En cuanto a los estilos de vida observamos que la muestra sigue una alimentación sana y presenta hábitos de

sueño adecuados. Llama la atención el alto porcentaje de sedentarismo, ya que prácticamente dos tercios no realiza una actividad física regular a diferencia de los resultados hallados por McNerney et al donde el 51% de los médicos llevaba una vida física activa¹⁴.

La adherencia de la población estudiada a las pruebas de cribado de cáncer, según las recomendaciones del PAPPs, es adecuada en el cribado de cáncer femenino: el 73 y el 86% realizaron el cribado de cáncer de cérvix y de mama respectivamente. Consideramos que esta alta tasa de seguimiento está en relación con la correcta implantación del protocolo

Tabla 4 Distribución de profesionales que se adhieren a actividades de cribado de cáncer según el PAPPs (n = 113)

Actividad	No procede N (%) IC 95%	Procede N (%) IC 95%
Cribado de cáncer colorrectal	38 (33,6%) 24,5-42,8	75 (66,4%) 57,2-75,5
	Realizado 18 (24%) 13,7-34,3	No realizado 57 (76%) 65,7-86,3
Cribado de cáncer de cérvix	34 (30,1%) 21,2 – 38,9	79 (69,9%) 61-78,8
	Realizado 58 (73%) 63-83,8	No realizado 21 (27%) 16,2-36,9
Cribado de cáncer de mama	64 (56,6%) 47-66,2	49 (43,4%) 33,8-52,9
	Realizado 42 (86%) 74,9-96,5	No realizado 7 (14%) 3,5-25,1
Cribado de cáncer de próstata	80 (70,8%) 61,9-79,6	33 (29,2%) 20,4-38
	Realizado 14 (42%) 24-60,8	No realizado 19 (58%) 39,2-75,9

La tabla se divide en 2 columnas principales según la indicación no del cribado. En la columna en la que sí está indicada el cribaje, se muestra si esta fue realizada o no por los participantes.

IC: Intervalo de confianza; n: muestra; PAPPs: programa de actividades preventivas y de promoción de la salud.

de cribado poblacional. En ambos casos, el seguimiento fue similar al hallado en mujeres médicas en Australia y Estados Unidos¹⁵⁻¹⁷.

El cribado del cáncer colorrectal fue realizado únicamente por un cuarto de los individuos en los que estaba indicado. Teniendo en cuenta que la edad media poblacional es de 47 años, y que a partir de los 50 años se debería de comenzar con el cribado poblacional nos llama la atención el escaso porcentaje de individuos que han realizado esta actividad preventiva. Este hecho lo podemos explicar por la deficiente implantación de la estrategia preventiva del cáncer colorrectal, probablemente debido a que no está incluida en la cartera de servicios del Área.

Es resaltable que la mayoría de los varones han considerado que no procedía la realización del cribado de cáncer de próstata mediante la determinación del PSA, lo que coincide con las recomendaciones del PAPPs¹⁰.

Destaca en el campo de la salud sexual que el uso de preservativo está presente de forma constante en la quinta parte de los participantes y ausente en casi la mitad. Consideramos que el escaso uso de preservativo puede estar en relación con el alto porcentaje de parejas estables (81,6%) y con la edad (edad media 47 años).

En relación con la salud laboral destaca que únicamente la mitad presentan su cartilla vacunal actualizada, siendo un porcentaje muy por debajo al encontrado en la literatura². Por otra parte, es reseñable que a pesar de las recomendaciones de la OMS únicamente el 36% se vacunó de la gripe estacional los últimos 5 años¹⁸.

En nuestro estudio, básicamente la totalidad de los médicos de familia eligen la Sanidad Pública, lo que refleja una valoración positiva de la misma. Así, Landon et al afirman que nuestros saberes y habilidades científicas dependen muchas veces del sistema de salud para el que trabajamos, la percepción que tenemos del mismo nos lleva a elegir de forma particular e individual el medio de asistencia sanitaria cuando actuamos del otro lado de la mesa: como pacientes⁸.

Aplicando la escala de ansiedad de Hamilton¹³ que incluye datos somáticos y psíquicos objetivos, consideramos que en tres cuartas partes de los médicos de familia puede estar presente un trastorno de ansiedad. Este resultado coincide con el descrito por Clarke D et al¹⁹, que concluyen que existe un aumento del nivel de estrés entre los médicos. Tysen R²⁰ también afirma que los problemas psicológicos son comunes entre los médicos. Consideramos que este apartado es el más libre de culpa respecto a nuestro propio autocuidado como médicos, ya que hemos valorado consecuencias en forma de síntomas y no herramientas de prevención ni de manejo sobre las mismas. Hemos utilizado la escala de Hamilton por tratarse de un método sencillo y reproducible que permite obtener una visión global de la carga de ansiedad de la población encuestada. El objetivo del trabajo no es hacer un análisis exhaustivo de la salud mental, sino detectar la potencial presencia de ansiedad en este colectivo. Así mismo, la escala de Hamilton es un método de evaluación muy sensible y poco específico, por lo que podría estar sobreestimada la carga de ansiedad y por lo tanto suponer una limitación para la validez de este apartado de nuestro estudio²¹.

De manera significativa destacan una serie de resultados discordantes cuando hablamos de población experta en

el tema a estudio —recomendaciones médicas— que suma una media de tiempo ejercido en la profesión cercana a los 20 años. Es destacable, que alrededor de un tercio desconoce su riesgo cardiovascular, que tan sólo la tercera parte de los participantes se ha vacunado de la gripe estacional en los últimos 5 años y que una quinta parte se abstiene de responder a temas de salud sexual; cuando se trata de ítems con los que trabajamos en nuestra práctica clínica diaria. Esta falta de correspondencia entre los conocimientos en salud y los hábitos de salud no es una novedad y ha sido descrita entre estudiantes de medicina en España²², en centros de Atención Primaria en Israel²³, en médicos húngaros³ y en profesionales sanitarios australianos y americanos².

Finalmente, el 90,4% de nuestros médicos de familia afirma sentirse bien o muy bien, a pesar de ese 74,3% con posibilidad de padecer un trastorno de ansiedad ¿Se trata de un colectivo conformista o más bien con capacidad para relativizar y priorizar los motivos de infelicidad? Adentrarse en estos matices sería elucubrar y no es éste el fin de ninguna investigación científica. Algo podemos escribir con seguridad y es que, basándonos en los datos obtenidos, pertenecemos a un grupo de profesionales que a pesar de todo responden encontrarse bien cuando se les pregunta abiertamente sobre ello. Y, actualmente, con el bajo umbral de frustración y el complicado alcance de la satisfacción que predomina en nuestra sociedad, es alentador.

Como limitaciones de estudio, cabe señalar el sesgo de la no respuesta, ya que los que han contestado pueden ser el sector más motivado, entusiasta y comprometido con su actividad laboral. El porcentaje de respuesta, 38%, ha sido aceptable, aunque inferior al de otros trabajos publicados². Por otra parte, otra posible limitación de nuestro estudio ha sido basarnos en la autodeclaración. Creemos que las encuestas de salud sobre los médicos en general pueden hacerlos reflexionar sobre su propia salud con el fin de realizar cambios. Futuros trabajos en los que, sobre un mismo colectivo de profesionales, se realicen encuestas de salud separadas cronológicamente, podrán analizar de forma más adecuada si esos cambios son posibles.

Conclusiones

Los médicos de Atención Primaria presentan unos estilos de vida adecuados en términos de alimentación y sueño; los hábitos de actividad física están por mejorar. La adherencia al cribado cardiovascular y de cáncer femenino es adecuado, pero deficiente en el cáncer colorrectal. Respecto a la salud laboral se cumplen las medidas básicas de higiene, pero no es así con las vacunaciones pertinentes, que presentan una adherencia insuficiente. El uso de método de barrera no es mayoritario, aunque se trata de una población con alta tendencia a establecer pareja estable. Se trata de un colectivo que está marcado por la sensación de bienestar.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Lo conocido sobre el tema

- Existe una falta de correspondencia entre los conocimientos en salud y los hábitos de salud.
- El estilo de vida cardiosaludable varía entre unas especialidades médicas y otras, siendo los médicos de familia los que más lo cumplen.
- Hay un aumento de los niveles de estrés entre los médicos.

Qué aporta este estudio

- El cribado de la enfermedad cardiovascular y del cáncer es adecuado al aplicar las estrategias de prevención incluidas en la cartera de servicios.
- La vacunación como medida preventiva se realiza de forma deficiente entre los médicos de Atención Primaria.
- Los médicos de familia presentan un alto grado de satisfacción personal.

Agradecimientos

Al Dr. Jesús Sánchez Díaz y a la Dra. Sofía Garrido Elustondo por su colaboración.

Bibliografía

1. Wells KB, Lewis CE, Leake B, Ware Jr JE. Do physicians preach what they practice? A study of physicians' health habits and counseling practices. *JAMA*. 1984;252:2846–8.
2. Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med J Aust*. 2004;181:368–70.
3. Rurik I, Kalabay L. Morbidity, demography, life style, and self-perceived health of Hungarian medical doctors 25 years after graduation. *Med Sci Monit*. 2008;14:SR1–8.
4. Chambers R. Health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Occup Med (Lond)*. 1992;42:69–78.
5. Nyman K. The health of general practitioners. A pilot survey. *Aust Fam Physician*. 1991;20:637–41, 644–5.
6. Richards JG. The health and health practices of doctors and their families. *N Z Med J*. 1999;112:96–9.
7. Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract*. 2000;17:535–40.
8. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *JAMA*. 2003;289:442–9.
9. Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:e1–49.
10. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) 2009 [consultado 17/11/2009]. Disponible en: URL: <http://www.papps.org/resumen.recomendaciones.php>.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA57.17. Ginebra: OMS; 2004.
12. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24:987–1003.
13. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50–5.
14. Mc Nerney JP, Andes S, Blackwell DL. Self-Reported Health Behaviors of Osteopathic Physicians. *J Am Osteopath Assoc*. 2007;107:537–46.
15. Wachtel TJ, Wilcox VL, Moulton AW, Tammaro D, Stein MD. Physicians' utilization of health care. *J Gen Intern Med*. 1995;10:261–5.
16. Frank E, Brogan DJ, Mokdad AH, Simoes EJ, Kahn HS, Greenberg RS. Health-related behaviors of women physicians vs other women in the United States. *Arch Intern Med*. 1998;158:342–8.
17. McCall L, Maher T, Piterman L. Preventive health behaviour among general practitioners in Victoria. *Aust Fam Physician*. 1999;28:854–7.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guías de la OMS para el uso de vacunas y antiviricos en las pandemias de influenza 2004 [consultado 21/03/2010]. Disponible en: URL: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_RMD_2004.8es.pdf.
19. Clarke D, Singh R. Life events, stress appraisals, and hospital doctors' mental health. *N Z Med J*. 2004;117:U1121.
20. Tyssen R. Health problems and use of health services among physicians. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2001;121:3527–32.
21. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*. 1988;14:61–8.
22. Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J, Blanco Coronado JL. Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de Medicina. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*. 2006;6:99–110.
23. Ben-Arye E, Lear A, Hermoni D, Margalit RS. Promoting lifestyle self-awareness among the medical team by the use of an integrated teaching approach: a primary care experience. *J Altern Complement Med*. 2007;13:461–9.